

LES
POLYPES PLACENTAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL JAÉGLÉ

Né le 11 Janvier 1868, à Sarreguemines (Alsace-Lorraine)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1893

LES
POLYPES PLACENTAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL JAÉGLÉ

Né le 11 Janvier 1868, à Sarreguemines (Alsace-Lorraine)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		X.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	LINOSSIER.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEVIC.	PERRET.		

M. ÉTIÉVANT, *Secrétaire*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, *Président*; M. LAROYENNE, *Assesseur*; MM. DEVIC et POLLOSSON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur SCLAFER

A MON PÈRE, A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOCHIER

A MES MAÎTRES

de l'École du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

A côté des deux grandes classes de polypes utérins, les polypes fibreux et les polypes muqueux, il en existe une troisième que la plupart des auteurs se contentent de mentionner et qui, jusqu'ici, dans la littérature, n'a donné lieu qu'à quelques travaux épars. Cette classe est celle des polypes placentaires encore appelés polypes obstétricaux. Ces tumeurs, comme le fait prévoir leur nom, se développent dans la cavité utérine après les accouchements et les avortements.

Notre but, dans les quelques pages bien incomplètes qui vont suivre, sera de montrer que cette affection n'est pas une, comme ont semblé le croire beaucoup de ceux qui se sont occupés de la question.

Nous essaierons de prouver qu'on peut, au point de vue clinique, et surtout au point de vue anatomo-pathologique, en distinguer plusieurs variétés dont nous esquisserons les principaux caractères et que nous différencierons le plus nettement possible les unes des autres.

La description de chacune de ces variétés fera pour nous l'objet d'un chapitre spécial et c'est ainsi que nous étudierons successivement :

- 1° Les polypes placentaires proprement dits ;
- 2° Les polypes fibrineux ;
- 3° Les polypes par atonie utérine partielle.
- 4° Les polypes formés aux dépens des membranes ;
- 5° Les polypes placentaires malins (polypes perforants et polypes envahissants).

Mais, avant d'aborder ce travail, nous voulons nous acquitter d'un devoir agréable à remplir et remercier ceux qui, pendant nos études, se sont intéressés à nous.

M. le professeur Fochier d'abord, à qui nous devons l'idée première de notre thèse et qui nous fait l'honneur, dont nous sentons vivement le prix, d'en présider la soutenance.

Nous avons toujours, dans le cours de notre scolarité, aimé et recherché avec une grande prédilection les esprits cliniques. M. le professeur Fochier, en même temps qu'un savant, est un clinicien dans le vrai sens du mot. C'est pourquoi nous avons été vivement attiré par ses enseignements auxquels nous tâcherons de faire honneur dans toutes les circonstances de notre carrière médicale où nous aurons à nous en souvenir.

Que M. le professeur Teissier, cet autre maître bienveillant, reçoive aussi l'expression de notre gratitude pour nous avoir permis de suivre pendant un an à l'Hôtel-Dieu ses intéressantes leçons si pleines de données pratiques.

M. le professeur Gayet nous a témoigné un intérêt dont

nous sommes particulièrement heureux de le remercier ici.

Nous devons encore exprimer nos sentiments de reconnaissance à ceux qui nous ont aidé à mener à bien ce mémoire. M. le D^r Nové-Josserand, ancien interne des hôpitaux, s'est mis, malgré ses nombreuses occupations à notre entière disposition. Il nous a prodigué ses conseils éclairés auxquels nous devons ce qu'il peut y avoir de bien dans notre dissertation. Qu'il veuille agréer nos plus sincères remerciements.

M. le D^r Lacroix, chef des travaux d'anatomie générale à la Faculté, et M. Paviot, interne des Hôpitaux, nous ont fourni, avec la meilleure grâce, de précieuses indications. Nous leur en sommes reconnaissant.

Nous sommes heureux encore d'avoir l'occasion d'exprimer ici, en même temps que nos sentiments de franche amitié, nos remerciements à notre excellent camarade, le D^r Henriot, à l'obligeance bien connue duquel nous avons eu recours pour la correction de nos épreuves. Nos amis, les D^{rs} Coulland et Schmerber, et notre jeune camarade Scheffler ont mis à notre disposition, avec l'amabilité la plus charmante, leur connaissance approfondie de la langue allemande. Qu'ils reçoivent l'expression de notre sincère gratitude.

Enfin, nous avons toujours trouvé l'année dernière, auprès de MM. les D^{rs} Jamin et Tellier, chefs de clinique à la Charité, et auprès de la Sœur Chomard, la si distinguée directrice du service d'accouchements, un accueil très bienveillant. Nous sommes heureux de leur dire en terminant ces quelques lignes que nous ne les oublierons pas.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552603_0001

LES POLYPES PLACENTAIRES

CHAPITRE PREMIER

Polypes placentaires proprement dits

Les polypes placentaires proprement dits sont ceux qui résultent de la rétention d'un morceau de placenta dans l'utérus après un accouchement, ou plus souvent encore après un avortement.

Ces morceaux de placenta peuvent en certains cas continuer à végéter dans la cavité utérine en se recouvrant superficiellement de couches de sang coagulé; d'autres fois le cotylédon placentaire se vide du sang qu'il contenait, devient dur, prend la forme de l'utérus. Nous avons ainsi des polypes placentaires de grandeur variable, depuis de simples excroissances végétantes à peine étranglées à leur base jusqu'à de gros polypes de la grandeur d'un œuf de poule et plus.

Dans les diverses observations de polypes placentaires proprement dits qui ont été publiées, l'examen histologique de la tumeur y a toujours fait reconnaître des villosités placentaires typiques.

Maslowsky¹ a examiné très soigneusement au point de vue anatomo-pathologique plusieurs de ces polypes avec les parois utérines auxquelles ils étaient appendus. Son examen l'a conduit à cette opinion qu'il fallait attribuer la rétention du tissu placentaire, dans les cas où cette rétention donnait naissance à un polype, à une *endomé- trite déciduale placentaire chronique*.

Dans cette endométrite, du tissu conjonctif de néoformations s'interposerait aux villosités, formerait un lien solide entre elles et la paroi de l'utérus; de sorte que les contractions utérines ne pourraient triompher de cet obstacle, et qu'une partie du tissu placentaire resterait dans la cavité en union organique intime avec l'utérus. Et ces adhérences créées par les lésions de l'endométrite seront en même temps cause que le cotylédon placentaire retenu ne se putréfiera pas, comme il advient dans les cas de rétention ordinaire dus par exemple à une délivrance artificielle mal faite. Le cotylédon ne se putréfiant pas, au lieu d'être le point de départ d'une infection puerpérale, donnera naissance à un polype placentaire.

Selon M^{me} Anna Klasson (*Ann. de gynécologie* 1889), il faudrait même ranger parmi les polypes placentaires, les cas mentionnés par les auteurs sous le nom de rétention prolongée du placenta sans fétidité des lochies. En effet, après l'expulsion du fœtus, la circulation s'arrête dans le placenta qui devient alors pour l'utérus un corps étranger devant être expulsé ou bien se putréfier. Si aucune de ces deux alternatives n'a lieu et que le placenta continue à rester en connexion vasculaire avec l'utérus,

¹ *Ann. de Gynécologie*, 1880.

cela veut dire qu'il s'y est greffé, ou qu'il avait déjà auparavant des adhérences anormales, qu'il joue à l'égard de l'utérus le rôle d'une tumeur avec toutes ses conséquences habituelles : hémorragies, gêne mécanique, troubles fonctionnels.

C'est à cela que doivent se rapporter, d'après M^{me} Klasson les faits cités par *Baudelocque* de rétention du placenta pendant plusieurs mois, ceux rapportés par *Charpentier*, *Scholler*, rétention du placenta pendant 11 semaines; *Metz*, 2 mois et demi; *Prost*, 103 jours; *Plasse*, 15 semaines; *Reichmann*, 13 semaines.

La limite entre la simple rétention placentaire et le polype placentaire est très difficile à tracer. Il s'agit, selon M^{me} Klasson, d'une question de temps; si le placenta reste dans l'utérus sans se putréfier, pendant un temps plus long que celui qui serait nécessaire à l'apparition d'un écoulement fétide dans le cas où le placenta n'aurait aucune adhérence anormale à l'utérus, cela veut dire que ces adhérences existent, que le placenta fait corps avec l'utérus, qu'il y puise sa nutrition et qu'il peut, par conséquent, être considéré comme une tumeur dont il provoque tous les symptômes cliniques. Il en diffère au point de vue de sa genèse, mais c'est une propriété qui lui est commune avec les autres polypes placentaires.

Il est vrai, si l'on veut rigoureusement s'attacher au sens étroit d'un mot, que le nom de polype qui implique l'idée d'un pédicule ne conviendra pas parfaitement aux cas de rétention placentaire simple, sans putréfaction. Mais il s'agit ici moins de la forme que d'un ensemble de symptômes cliniques provoqués par une formation dépendant du placenta ou de ses débris, et on peut conserver le

nom de polype placentaire, comme on conserve, par exemple, en clinique celui de cancer pour des tumeurs malignes, n'êrne n'étant pas de nature carcinomateuse.

Que l'on ait affaire aux polypes placentaires proprement dits comme ceux dont nous nous occupons en ce moment, où à ces autres polypes que, dans des descriptions trop sommaires, la plupart des auteurs confondent avec les polypes placentaires proprement dits et que nous étudierons plus loin sous le nom de polypes fibrineux, polypes dus à la rétention des membranes, polypes dus à une atonie utérine partielle, les symptômes de l'affection, le diagnostic au point de vue clinique, le pronostic et le traitement seront sensiblement les mêmes. Car c'est surtout au point de vue anatomo-pathologique que ces tumeurs diffèrent entre elles. Aussi allons-nous une fois pour toutes, à propos des polypes placentaires proprement dits, exposer ce côté de la question.

Le symptôme principal de la présence d'un polype placentaire, c'est l'hémorragie, souvent considérable et périodique. Elle tient au développement énorme du système vasculaire au niveau de l'insertion placentaire; le polype, production anormale dans la cavité utérine, empêche la rétraction complète des vaisseaux. D'ordinaire quand il existe, les hémorragies apparaissent de bonne heure. Mais elles peuvent aussi survenir tardivement. Après un accouchement normal, elles débutent par des lochies rouges et elles peuvent devenir très dangereuses en jetant les malades dans un profond état d'anémie.

L'autre symptôme, qui n'est pas constant, consiste en des douleurs avec contraction apparaissant avec les hémorragies.

S'il est facile de diagnostiquer un de ces polypes après un accouchement, cela devient très difficile après un avortement. La difficulté provient de l'impossibilité où l'on est d'introduire le doigt dans le col ou dans l'utérus. Toutefois les signes objectifs ou subjectifs suivants peuvent nous éclairer : les hémorragies, les douleurs avec contraction, le volume plus considérable de l'utérus, les antécédents indiquant un avortement, peuvent autoriser à émettre l'idée d'un polype placentaire. Mais le diagnostic ne peut être établi d'une manière positive que si la cavité est devenue accessible au doigt. On peut y parvenir par l'introduction de tiges de laminaire, par exemple, dans le canal cervical; souvent il faut avoir recours plusieurs fois à ce procédé avant d'avoir obtenu une dilatation suffisante. Quand on a réussi, au cas où il existe un polype, le doigt tombe sur une tumeur de consistance dure ou élastique, à base large.

Le pronostic dépend de conditions déterminées; si le diagnostic est bien établi ainsi que la thérapeutique nécessaire, le pronostic est favorable; dans le cas contraire les hémorragies peuvent amener la mort (Stafteldt). Les polypes qui sont dus à la saillie d'une portion limitée du point placentaire et que nous étudierons dans un instant ne semblent pas produire d'hémorragies.

La thérapeutique n'offre rien de spécial. C'est à peu près la même que celle des polypes fibreux. Dans une des observations que nous relatons à la fin de ce chapitre, le polype fut enlevé à l'aide de l'évaseur linéaire. Pozzi, dans son *Traité de gynécologie* conseille l'usage de la curette mousse. Enfin Malowsky que nous citons tout à l'heure dit : « Le polype sera éliminé avec le doigt et on

rejettera les instruments tels que la curette tranchante qui peut blesser la paroi utérine et devenir l'occasion de maladies chroniques dangereuses. »

Il est évident qu'il ne faudrait pas appliquer cette thérapeutique, si l'on craignait d'avoir affaire à un de ces faux polypes par atonie utérine partielle dont nous avons dit que nous parlerions tout à l'heure.

Il serait banal, à propos du traitement, d'insister sur les précautions antiseptiques minutieuses que l'opérateur ne doit jamais manquer de prendre.

Pour compléter ce chapitre sur les polypes placentaires proprement dits, nous donnerons trois observations de cette affection. La première est empruntée au travail de de M^{me} Anna Klasson. La seconde a été publiée par Baër, dans l'*American Journal of obstetrics*, en 1885. Dans cette deuxième observation, le polype placentaire a pu simuler une affection maligne et faire craindre un instant sérieusement pour la vie de la malade. Néanmoins, une fois qu'on eut enlevé le polype, tout danger disparut, car on n'avait affaire, en somme, qu'à une tumeur de nature bénigne n'ayant causé aucun dommage irréparable. Nous verrons qu'il n'en va pas toujours de même, lorsque nous exposerons à la fin de cette étude les quelques cas si peu connus de polypes placentaires envahissants ou perforants.

Enfin, notre troisième observation, recueillie dans le service de M. le professeur Fochier par M. Nové-Josserand, alors interne de la clinique, semble se rapporter à un *début* de polype placentaire; et c'est à cause de cela que nous avons trouvé intéressant de la publier.

Les symptômes que présenta la malade (hémorragies

répétées) sont bien des symptômes de polypes utérins. Mais il survinrent trop peu de temps après l'accouchement pour que l'on pût penser à la présence d'un de ces polypes complètement formé. Tout au plus pouvait-il y en avoir un en voie de formation ; et les hémorragies, d'après l'explication que nous avons donnée de leur mécanisme, s'expliquent très bien dans cette hypothèse.

L'examen histologique de fragments de tissu retirés de la surface placentaire de l'utérus par M. le professeur Fochier révéla l'existence au milieu du muscle de sinuosités ou fentes d'un aspect tout particulier, que leur structure permettait de considérer comme des restes de villosités placentaires végétant dans le plein du muscle.

C'est pourquoi, sans affirmer d'une façon absolue, que l'on ait eu affaire dans ce cas « à un début de polype placentaire », ce diagnostic nous a paru néanmoins assez plausible pour nous faire juger utile d'ajouter l'observation à la fin de ce chapitre.

OBSERVATION I

M^{me} Ch..., âgée de vingt-quatre ans, est une femme robuste qui a toujours joui d'une bonne santé.

Il y a trois ans, elle a eu un enfant qui se porte très bien.

Restée enceinte au mois d'avril, elle expulse, le 23 juin, un embryon d'environ trois mois enveloppé de caillots sanguins, après avoir eu pendant une semaine des hémorragies abondantes et répétées.

Après l'avortement, elle semblait complètement rétablie, quand environ quinze jours plus tard, les hémorragies reparurent, accompagnées de violentes douleurs lombaires. Le sang perdu

était parfois rouge, parfois absolument noir comme de l'encre, d'autres fois, l'écoulement était à peine rosé, presque aqueux.

Petit à petit, de véritables coliques utérines se manifestèrent et les pertes sanguines devinrent de plus en plus abondantes.

Ce ne fut que dans la nuit du 21 au 22 juillet qu'on se décida à appeler le médecin.

M^{me} Ch... est pâle, mais non amaigrie ; elle est en proie à des coliques utérines très fortes, sub-intrantes, et perd presque continuellement du sang.

À la palpation, on sent l'utérus, dont le fond dépasse de quatre travers de doigt la symphyse des pubis. L'organe est dur vu son état de contraction, et peu mobile.

Au toucher, on constate une dilatation du col de la largeur d'une pièce de deux francs. Le doigt introduit dans le col rencontre une masse irrégulière divisée en lobes, d'une consistance solide particulière, rappelant celle du placenta. En insinuant le doigt entre cette masse et les parois utérines, on constate qu'elle n'est adhérente en aucun point de son pourtour, sur une étendue de quelques centimètres, limite à laquelle le doigt peut arriver.

Deux doigts introduits jusqu'au fond de l'utérus constatent que la masse est solidement adhérente sur un espace de plusieurs centimètres carrés, surtout à la partie postérieure et en haut. Des tentatives faites pour détacher ces adhérences échouèrent et on ne put extraire que plusieurs morceaux du volume d'environ une grosse pomme. Cette intervention incomplète soulagea la malade ; l'hémorragie s'arrêta, les douleurs se montrèrent à de plus rares intervalles et, grâce à quelques gouttes de laudanum, la malade put bien passer le reste de la nuit et se remettre un peu pour supporter l'opération du curage utérin qui fut pratiquée le lendemain.

La curette ramena le reste de la tumeur qui représentait à peu près le même volume que le jour précédent.

Déjà l'examen macroscopique de la masse enlevée indiquait qu'on avait affaire à du tissu placentaire ; c'était une masse friable, présentant des filaments enchevêtrés de couleur rouge brunâtre, par places blanchâtre, mêlés à des caillots sanguins.

À l'examen microscopique, on voyait des villosités grosses,

comme oedémateuses ; certaines d'entre elles présentaient une infiltration graisseuse.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est la durée de quinze jours qui s'est écoulée entre l'avortement et la première hémorragie. En outre, le volume du polype placentaire, abstraction faite des caillots sanguins, n'était pas en rapport avec l'âge de la grossesse; ce qui prouve qu'il avait continué à s'accroître après l'expulsion du fœtus, pendant les vingt-neuf jours qu'il est encore resté dans l'utérus.

OBSERVATION II

La malade est âgée de trente-cinq ans, mariée, et a eu deux enfants à terme, le dernier il y a douze ans.

Depuis, plusieurs fausses couches dans l'intervalle desquelles elle a joui d'une bonne santé.

Sa mère est morte à trente-huit ans, d'un cancer de l'utérus.

Dès les premiers mois de cette année, notre malade a remarqué que ses règles revenaient plus fréquemment que d'habitude, qu'elles s'accompagnaient de douleurs expulsives et que dans leur intervalle s'établissait un écoulement d'odeur fétide.

Bientôt la quantité de sang perdu alla en augmentant et la malade qui pâlisait et maigrissait chaque jour donna les signes d'une santé s'affaiblissant de plus en plus. Elle ne consentit pas à se soumettre à une exploration médicale avant la dernière semaine de juillet. A cette époque, elle eut une métrorragie très abondante avec de violentes douleurs dans le bas-ventre.

Le Dr Amstrong de Lockaven, qui était le médecin de cette femme, pratiqua alors un examen et constata que le col était sain, son orifice normal, mais que le corps de l'utérus avait plus que doublé d'épaisseur. En même temps, il paraissait beaucoup plus mou que normalement.

On combattit l'hémorragie par le seigle ergoté et le repos. L'écoulement grumeleux fétide et le ténésme utérin ne s'amén-

dèrent point ; mais la malade, néanmoins, n'eut plus d'autre attaque sérieuse de métrorragie, probablement à cause de son état anémique si prononcé, et peut-être aussi parce qu'elle était maintenant atteinte d'absorption septique. La température, en effet, s'était élevée à 40 degrés dans l'après-midi du 21 septembre. Elle avait eu plusieurs grands frissons. Son abdomen, très sensible au toucher, rendait à la percussion un son tympanique.

L'examen de l'utérus décida le Dr Amstrong, le 23 septembre, à introduire deux mèches de charpie dans le canal cervical. Il résolut de les y laisser vingt-quatre heures, bien que leur présence ne fit qu'augmenter la violence des symptômes.

Lorsqu'il eut enlevé les mèches, il lui fut aisé de sentir une masse très molle et friable, siégeant à l'orifice interne du canal du col. La présence de cette tumeur, jointe à l'état général si grave, que présentait la malade firent craindre au médecin d'avoir affaire à une affection de nature maligne, d'autant plus, qu'une diarrhée séreuse très abondante venait de se déclarer, et que les forces de la malade allaient tellement en diminuant, qu'on dût borner la thérapeutique à combattre la diarrhée et à prévenir le collapsus.

Le matin du 25, grâce à la bienveillance du Dr Amstrong, je vis la malade. Sa température était de 39°,5 ; son pouls rapide et faible ; la diarrhée n'avait pas cessé, et elle rendait tout ce qu'on essayait de lui faire prendre. Son facies avait le teint terreux spécial aux affections graves.

Evidemment, entreprendre une opération où il faudrait dilater suffisamment le col pour atteindre et enlever le tissu malade qui occupait la cavité utérine n'était peut-être pas très prudent en présence de symptômes si sérieux. Néanmoins, c'était en somme la meilleure conduite à tenir, et je m'y décidai.

La malade fut endormie à l'éther. On trouva l'utérus en rétroversion et adhérent au plancher du-cul-de-sac de Douglas. Le col était rigide, légèrement étalé. Craignant l'existence d'une péritonite, nous décidâmes que ce qu'il y avait de mieux à faire, c'était d'essayer d'enlever le contenu de l'utérus, sans faire de tentative nouvelle de dilatation qui pourrait amener la rupture d'adhérences et, de ce chef, augmenter l'inflammation.

Je passai la chaîne de l'écraseur linéaire à travers l'orifice du col ; puis, par des manœuvres très attentives, j'eus la chance d'arriver à guider cette chaîne juste sur la tumeur et sur ses points d'insertion. Je tirai alors sur la chaîne qui enserra de plus en plus le pédicule et finit par le sectionner. Enfin, saisissant la tumeur avec une pince, je l'attirai au dehors.

Il était dès lors facile d'introduire l'index dans la cavité utérine et cette exploration nous apprenait que le pédicule était situé sur la face postérieure de la matrice, près du fond. Les tissus, en ce point, étaient mous et friables, mais le reste de la surface de l'utérus semblait absolument sain. Je cautérisai le moignon du pédicule à l'acide nitrique, et je plaçai dans le rectum un suppositoire opiacé.

La convalescence fut rapide, et la malade guérit parfaitement.

Nous examinâmes attentivement la tumeur, et déjà macroscopiquement, il nous fut aisé de voir, à la section, qu'elle ressemblait beaucoup à du tissu placentaire. Le microscope nous montra ensuite dans sa structure, des villosités placentaires caractéristiques.

Nous avons donc eu affaire à un de ces polypes placentaires causant des métrorragies profondes, et parfois, comme dans notre cas, un commencement d'empoisonnement du sang qui aurait amené la mort de la malade, si nous n'étions pas intervenu en vidant l'utérus.

L'apparition chez notre malade des graves symptômes que nous avons décrits, son facies inquiétant, et même la sensation donnée au doigt qui touchait la tumeur *in situ*, nous avait fait appréhender vivement une affection maligne.

Mais lorsque déjà nous eûmes pu nous rendre compte que la tumeur avait un point d'insertion bien limité, et que la cavité utérine était saine en tous ses autres points, lorsqu'ensuite un examen d'un échantillon de la tumeur et l'investigation faite au microscope nous eût montré qu'elle contenait des villosités placentaires, la bénignité de sa nature redevint pour nous une chose assurée.

OBSERVATION III (inédite).

(Due à l'obligeance de MM. Nové-Josserand et Lacroix.)

C... Benoite, âgée de vingt-cinq ans, n'a pas d'antécédents pathologiques bien notables.

Il y a deux ans, elle accoucha chez elle une première fois. On lui donna de l'ergot pendant le travail. L'accouchement eut lieu normalement, mais au moment de la délivrance, elle eut une perte considérable qui nécessita une délivrance artificielle.

Elle continua à perdre pendant trois semaines environ et dû, pour se remettre, faire un séjour à l'Hôtel-Dieu.

Devenue enceinte une seconde fois, au commencement d'août 1892, sa grossesse ne présenta aucune autre particularité, qu'une bronchite qui dura trois semaines.

Elle entra à la clinique le 15 mai 1893, ayant déjà des douleurs. Le travail se fit rapidement, et trois heures après son entrée, elle accoucha d'un enfant vivant.

Au moment de la délivrance, elle perdit 600 grammes de sang ; on fut obligé de faire la délivrance par expression.

Le placenta et les membranes semblèrent complètes.

Les suites de couches furent d'abord très simples ; pas de fièvre, lochies normales.

Le dixième jour, comme elle venait de se lever pour la première fois, elle fut prise d'une hémorragie assez abondante (environ 200 grammes) avec des caillots.

Le repos, des injections vaginales chaudes, et une injection intra-utérine de sublimé au 6/1000, à 45 degrés, firent de suite cesser cette hémorragie.

Pendant les jours suivants, la malade n'eut plus de pertes et resta apyrétique.

Mais, quelque temps après, la malade tenta de se lever de nouveau et aussitôt se produisit une nouvelle hémorragie plus abondante que la première ; des caillots y étaient encore mêlés.

M. le professeur Fochier, prévenu, pratiqua le toucher intra-utérin. Il ne trouva ni débris placentaires ni masse saillante dans l'utérus. Cependant, au niveau de la surface d'insertion du placenta, le doigt avait une sensation un peu anormale et M. Fochier ramena avec l'ongle deux petits fragments détachés de la paroi utérine à ce niveau.

Après un lavage chaud de la cavité de l'utérus, on pratiqua un tamponnement intra-utérin qu'on laissa deux jours en place et l'hémorragie fut définitivement arrêtée.

La malade quitta le service le 7 juin, tout à fait bien portante.

L'examen macroscopique des petits fragments enlevés à la paroi utérine les montrait formés par un tissu résistant, au sein duquel se trouvaient un grand nombre de petits kystes de couleur noirâtre et paraissant remplis par du sang ; leur volume ne dépassait pas celui d'une tête d'épingle.

L'examen microscopique fait par M. le Dr Lacroix, chef des travaux d'anatomie générale à la Faculté, révéla ce qui suit :

Les préparations étaient en grande partie composées de tissu musculaire utérin modifié comme il l'est en général dans les cas d'utérus en gestation. Les cellules du muscle étaient beaucoup plus volumineuses et leurs noyaux plus apparents qu'à l'état normal.

En certains points, le muscle utérin semblait altéré, dissocié et granuleux.

Dans le plein de son tissu, on trouvait deux ou trois foyers hémorragiques nettement arrondis, formant de véritables petits kystes, et composés d'un coagulum fibrineux enserrant des amas de globules rouges.

Sur les bords de ces foyers hémorragiques le muscle était comprimé et notablement altéré. Il était difficile de se rendre compte du point de départ des hémorragies.

A distance de ces foyers et dans leurs intervalles, la couche musculaire était sillonnée par des fentes assez irrégulières et plus ou moins larges dont l'aspect semblait tout spécial. Ce n'étaient pas des conduits vasculaires ou lymphatiques simplement dilatés, car la paroi de ces fentes présentait un dispositif assez particulier. Au centre de ces sinuosités se voyait un coagulum granuleux de

nature difficile à préciser. En plusieurs points leur paroi était tapissée par des éléments cellulaires rappelant un épithélium. Ces éléments étaient disposés sur plusieurs couches et on ne pouvait guère voir là les cavités glandulaires appartenant à la muqueuse utérine en voie de rénovation.

Sur des coupes obliques des fentes, ces cellules se présentaient sous la forme d'un pavé épithélial ou plutôt épithéliforme. En effet, elles n'avaient pas de caractères franchement épithéliaux : elles n'étaient pas séparées par des traits de ciment et dans la profondeur elles semblaient se confondre progressivement avec les cellules conjonctives du voisinage. On pouvait les considérer comme des cellules conjonctives tassées les unes contre les autres et rappelant les dispositifs épithéliformes que l'on rencontre dans les déciduomes.

En certains points les fentes semblaient se brancher, se diviser plusieurs fois et s'insinuer dans l'intervalle des faisceaux musculaires. Ça et là il nous a été possible de retrouver de grosses cellules en tous points semblables aux cellules géantes de la caduque. Ces cellules avaient un noyau peu volumineux et faiblement coloré. Elles paraissaient d'ailleurs avoir subi de légères altérations.

Dans le plein de certains faisceaux musculaires, on pouvait voir également quelques-unes de ces grosses cellules.

En somme, sans être affirmatif d'une façon absolue, on peut considérer les sinuosités ou fentes plus ou moins rameuses qui viennent d'être décrites comme les restes de villosités placentaires végétant dans le plein du muscle utérin. La présence des grosses cellules déciduales est en faveur de cette hypothèse.

CHAPITRE II

Polypes fibrineux.

La plupart des auteurs qui ont écrit des travaux originaux sur les polypes placentaires différencient nettement les polypes placentaires proprement dits des polypes fibrineux. Mais il est remarquable que, dans les traités didactiques, dans les livres classiques que les étudiants ont entre les mains, on n'établit pas en général cette distinction.

Tillaux, dans sa *Chirurgie clinique*, consacre à la suite de l'étude des polypes utérins fibreux et muqueux, les quelques lignes suivantes aux polypes placentaires.

« On a décrit, sous le nom de polypes fibrineux de l'utérus, des masses brunâtres qui ne sont autre chose que des débris placentaires. Ils ne me paraissent donner lieu à aucune considération différente de celles qui précèdent. Leur présence se traduit par des douleurs expulsives, des métrorragies abondantes ; le col dilaté permet de sentir

et de voir la tumeur. Le traitement est celui des polypes fibreux.

Bouilly (Manuel de Path. externe, par Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly) dit : « Les polypes fibreux constituent une classe à part. On y constate au microscope la présence de *villosités placentaires*, quelquefois de la fibrine recouverte d'éléments figurés.

Poulet et Bousquet (Traité de Path. externe) classent les polypes de l'utérus d'après de Sinety en *fibreux*, *muqueux*, *papillaires* et *fibreux*, et à propos de ces derniers, ils se contentent d'écrire :

« Quant aux polypes fibreux leur nature est encore contestable; il s'agirait, pour la plupart des auteurs, de résidus placentaires à la suite des avortements. »

Nægelé, dans son *Traité d'accouchements*, ne parle pas des polypes placentaires.

Pozzi (Gynécologie) n'établit pas non plus la distinction nette entre les polypes placentaires proprement dits et les polypes fibreux.

Seul peut-être, *Auvard (Traité d'accouchements)* dit que les polypes placentaires sont dus à des fragments adhérents de placenta continuant à vivre en parasites sur la paroi utérine et ajoute en note : « Ne pas confondre avec les polypes fibreux composés par d'anciens caillots transformés et retenus dans l'utérus. »

Or, s'il est permis de réunir les polypes placentaires proprement dits et les polypes fibreux dans une même description clinique, car au point de vue des symptômes, du diagnostic et du traitement, nous avons vu au chapitre précédent qu'ils ne différaient pas sensiblement, il faut nettement les séparer au point de vue anatomo-pathologique.

Les polypes fibrineux, en effet, se forment aux dépens de caillots sanguins se déposant dans le cas le plus simple sur les thrombus qui oblitèrent les sinus utérins après la délivrance.

Après le décollement du placenta, l'utérus se rétracte, les sinus utérins béants s'oblitérent par thrombose. Une partie de ces sinus, d'après Friedlander, est déjà oblitérée dès le huitième mois par la pénétration dans leur intérieur des cellules géantes de la caduque qui y provoquent la formation d'un thrombus; celui-ci s'organise plus tard par la prolifération des tuniques conjonctives du vaisseau: c'est ce qu'il appelle la thrombose spontanée des sinus utérins.

Ces thrombus font saillie dans la cavité utérine, ce qui fait que l'endroit de l'insertion placentaire présente un aspect rugueux encore longtemps après l'accouchement, et peut-être reconnaissable parfois encore au bout de quatre mois. Petit à petit les thrombus s'organisent, l'oblitération des vaisseaux devient définitive, la muqueuse se régénère ici comme ailleurs aux dépens des culs-de-sac glandulaires et le point d'insertion du placenta devient semblable au reste de la muqueuse.

Dans certains cas, les thrombus formés sont un peu plus grands, plus saillants que d'ordinaire; du sang coagulé se dépose dessus, se mêle avec eux, le tout persiste, au lieu de se résorber ou d'être éliminé, et forme un polype fibrineux.

Ce sont quelquefois des débris du chorion restés dans l'utérus qui servent de point de départ aux polypes fibrineux, en se recouvrant de couches stratifiées de sang coagulé, et alors on a un polype fibrineux avec un pédicule formé par les villosités du chorion.

Enfin, le dépôt de sang coagulé peut se faire sur un lambeau de caduque resté dans l'utérus ou autour d'un débris de placenta ; dans ce dernier cas, la différence entre un polype fibrineux et un polype placentaire proprement dit ne sera qu'une question de degré ; si le pédicule seul est formé par du tissu placentaire et la plus grande masse du polype par des couches de sang coagulé on aura affaire à un polype fibrineux ; si la plus grande masse du polype est formée de tissu placentaire recouvert superficiellement d'une couche de fibrine, on parlera d'un polype placentaire. Et si les deux tissus concouraient à peu près dans la même proportion à la formation de la tumeur, on pourrait parler d'un polype fibrino-placentaire.

Les polypes fibrineux peuvent offrir des degrés très différents de développement.

Tantôt ils ne présentent que de légères saillies sur le fond de l'utérus. Dans d'autres cas, ils se présentent sous la forme de corps plus gros ainsi qu'on le verra dans l'observation qui termine ce chapitre et que nous avons empruntée à Kulp (*Beitrag zu Geb. u. Gyn.*, 1869, t. I, p. 18).

Les polypes fibrineux d'une certaine dimension atteignent facilement l'orifice interne, rarement l'orifice externe du col. Enfin, les cas les plus rares sont ceux où ils descendent jusque dans le vagin.

Ces polypes ont été étudiés par Velpeau, par Virchow, qui leur ont donné le nom d'hématomes polypeux libres de l'utérus ; par Kiwisch qui cependant ne les croyait pas nécessairement liés à des produits puerpéraux ; par Scanzoni qui les rattache définitivement à l'état puerpéral ; par Schröder, Bidder, Saxinger, Kuhn, Kulp, Frankel, Duncan, etc.

OBSERVATION

La femme St..., âgée de trente-trois ans, est mère de quatre enfants. Enceinte une cinquième fois il y a quelques mois, elle fut prise pendant les dernières semaines de sa grossesse d'œdème des jambes, de flueurs blanches abondantes et de catarrhe des bronches. Elle accoucha à la clinique d'un enfant vivant et bien constitué; la délivrance fut normale; la face utérine du placenta qu'on avait examinée fut trouvée saine et bien complète.

Dans la semaine qui suivit les couches, on vit se déclarer chez la malade une pneumonie du sommet du poumon droit; l'utérus à cette époque se trouvait assez sensible à la pression, mais cette sensibilité ne tarda pas à disparaître. Dix jours après la délivrance survint une pleurésie gauche; puis des signes d'œdème du poumon et la malade succombait le douzième jour qui suivit son accouchement.

L'autopsie fut faite quatorze heures plus tard. On trouva des adhérences anciennes et nouvelles aux deux poumons, une hépatisation brune du sommet droit, des noyaux caséux disséminés, de l'œdème pulmonaire; à la rate, à l'estomac, au rein droit, des cicatrices anciennes; plusieurs ulcérations du côlon transverse et du rectum.

L'examen de l'utérus révéla ce qui suit : Le col est dévié un peu à gauche; sur ses faces, aussi bien en avant qu'en arrière on trouve, à gauche notamment, de nombreuses adhérences.

La moitié gauche de la matrice semble beaucoup plus développée que la droite.

Si on ouvre l'utérus on s'aperçoit qu'il est presque entièrement rempli — dans sa région supérieure gauche surtout — par une masse déjà un peu crevassée, suspendue dans sa cavité.

A l'inspection de cette masse, on trouve à sa partie postéro-supérieure le point où naît le pédicule. Ce pédicule a 5 centimètres de longueur, 3 centimètres de largeur.

La cavité utérine est longue de 15 centimètres; sa plus grande largeur a 6 centimètres. Le tissu de l'utérus est dur, jaune pâle à

la section, traversé par de nombreux vaisseaux qui vont aboutir au point d'insertion placentaire ; la tumeur semble s'insérer en grande partie sur ce point d'insertion placentaire.

L'examen histologique de la tumeur fit reconnaître en elle les produits de transformation de caillots sanguins. La préparation était en grande partie composée de fibrine en lames et en plateaux à aspect plissé et emprisonnant des amas plus ou moins gros de corpuscules sanguins.

Kulp ajoute, à la suite de cette observation, que, pour lui, ce volumineux polype placentaire a sans doute eu pour origine les contractions défectueuses de l'utérus occasionnées par les attaches et les adhérences anciennes de cet organe avec les organes voisins.

Par suite de ces contractions défectueuses, les sinus utérins se fermèrent mal et donnèrent naissance à un épanchement, cause directe du polype. On peut aussi se demander, dit l'auteur, si le sang n'aurait pas eu une plus grande prédisposition à se coaguler par suite de la pneumonie de la malade.

Quelque chose qui nous frappe dans cette observation où il s'est bien agi d'un polype fibrineux typique ayant commencé à se former probablement tout de suite après l'accouchement et dont Kulp explique ingénieusement le mécanisme de formation, c'est ce fait, que la malade qui semble avoir succombé à des lésions tuberculeuses avancées, n'ait pas montré pendant la dernière semaine de sa vie, en même temps que les symptômes de sa pneumonie et de sa pleurésie, les signes cliniques des polypes utérins, métrorragies, douleurs, etc. Et cependant la tumeur était assez volumineuse pour donner lieu à des symptômes objectifs et subjectifs.

CHAPITRE III

Polypes dus à une atonie utérine partielle.

Cette variété de polypes placentaires est très peu connue. Dans toute la littérature on ne peut trouver, je crois, que deux auteurs qui en aient parlé : *Maslowsky*, que nous avons déjà cité (*Ann. de gynécologie*, 1880) et *Yastrebow* (*Centralblatt für Gynecol.*, 1882).

Pour ces deux auteurs, ce ne sont pas à proprement parler à de vraies tumeurs que l'on a affaire, mais plutôt à *une disposition particulière d'une portion de la paroi utérine en forme de polype*. Cette disposition en polype reconnaît pour cause une *atonie utérine partielle*.

Mais Maslowsky et Yastrebow sont d'une opinion toute différente sur l'origine de l'*atonie utérine*.

La manière de voir de chacun d'eux est du reste appuyée sur des pièces anatomo-pathologiques. N'ayant pas eu l'occasion d'observer ce genre de polypes, que ces auteurs semblent avoir été les seuls à étudier jusqu'ici, nous ne prendrons pas parti pour l'opinion de l'un contre celle de

l'autre. Leurs explications paraissent toutes deux très scientifiques, sont originales, et nous nous contenterons de les exposer le mieux possible.

Maslowsky, parmi quelques pièces anatomo-pathologiques qu'il a eu l'occasion d'observer, a rencontré trois cas de tumeurs en forme de polype résultant d'une altération profonde de la paroi sur laquelle s'insérait le placenta, et particulièrement de la couche musculaire; *il n'existait aucune rétention de portion du placenta*. Ces polypes se sont rencontrés :

Un, après un avortement de cinq mois;

Un, après un accouchement prématuré;

Un, après un accouchement à terme.

L'auteur déclare, après un examen microscopique très minutieux, que l'altération est caractérisée par un développement de tissu conjonctif entre les amas des faisceaux musculaires, avec altération correspondante de la paroi musculaire de l'utérus. Le protoplasma est granuleux, les contours sont indécis, les noyaux invisibles, et le développement plus considérable du tissu conjonctif sclérosé s'accompagne d'une dégénérescence complète des fibres musculaires, présentant une masse finement granuleuse. Ces altérations de la paroi musculaire de l'utérus au niveau de l'insertion placentaire sont l'indice d'une *métrite chronique interstitielle*, analogue à celle de l'utérus non gravide.

Le tissu conjonctif développé dans la paroi utérine amène une dissociation des faisceaux musculaires et des éléments particuliers, en même temps qu'une altération régressive de ces derniers; il en résulte une hernie en forme de polype de la partie malade de la paroi utérine dans la

cavité; en effet, pendant la contraction de tout l'organe, cette portion n'y peut participer, et elle devient ainsi le point de départ des polypes placentaires par atonie utérine partielle qui, ajoute Maskowsky, sont parfois, à un moment donné, la *cause première des hématomes*.

Les deux préparations d'utérus avec polype par atonie que Maslowsky a décrit ont encore ceci de remarquable qu'à la surface externe de la matrice correspondant à la tumeur il n'y avait aucune dépression; d'après l'examen histologique, cela tient à ce que le processus inflammatoire chronique se passe uniquement dans la couche interne et la couche moyenne du muscle, sans toucher à la couche externe.

Yastrebow intitule son travail sur la question : Contribution à l'étude des saillies en forme de polype du lieu de l'insertion placentaire.

« Après une délivrance naturelle ou artificielle, dit l'auteur, il se produit parfois une saillie du lieu d'insertion placentaire dans l'intérieur de la cavité utérine; et cette saillie prend la forme d'un polype.

« On ne trouve presque rien dans la littérature ayant trait à ce genre de tumeurs. Dans ces derniers temps, Maslowsky a cherché, en se basant sur trois cas qu'il avait observés, à expliquer ces polypes par des modifications de la paroi utérine au point où s'insérait le placenta. Et il rapporte ces modifications à une métrite interstitielle chronique analogue à celle d'un utérus non gravide.

« Pour notre part, nous avons eu l'occasion d'observer un cas très curieux de polype par atonie utérine partielle; ce cas nous a conduit à une hypothèse très différente de celle de Maslowsky, relativement à l'étiologie de l'ato-

nie utérine. Une seule observation ne nous suffit pas pour ériger en thèse notre opinion, mais le résultat auquel nos recherches anatomo-pathologiques ont abouti nous semble assez important pour mériter de susciter de nouvelles recherches en ce sens. »

Suit l'observation, vraiment intéressante de Yastrebow.

OBSERVATION

Tumeur en forme de polype du lieu d'insertion placentaire (*atonia uteri placentaris partialis*). Pyohémie. Inflammation interstitielle des ganglions formant la partie antérieure du groupe ganglionnaire de Frankenhauser ; dégénérescence graisseuse secondaire des cellules nerveuses de ces ganglions.

En avril 1880, entre à la maison d'accouchement de Pokrow, la femme G..., âgée de vingt-six ans.

Réglée à quinze ans, elle était accouchée une première fois il y a cinq ans ; et ses couches s'étaient passées de la façon la plus normale.

Peu de temps après son entrée dans notre hôpital, elle accoucha d'un enfant bien portant. La délivrance fut faite d'après la méthode de Crédé. Une partie du placenta resta dans l'utérus. Je pus enlever deux jours plus tard ce débris placentaire qui avait les dimensions d'une noisette.

Trois semaines après sa délivrance, la malade mourut avec tous les symptômes d'une pyohémie, péritonite généralisée, pleurésie gauche et arthrite purulente du genou gauche.

A l'autopsie, nous trouvâmes dans l'utérus, à la place où s'était inséré le placenta, une tumeur faisant saillie. Cette tumeur était grosse comme une noisette, de forme allongée et couverte d'aspérités.

A sa section, nous vîmes *qu'elle était formée par un prolongement de la paroi utérine.*

L'examen microscopique confirma ce fait, nous montra que cette tumeur était bien une partie de la paroi elle-même, et qu'il n'y avait *aucune différence entre la structure de cette partie et celle de toute l'autre portion bien contractée de l'utérus.*

Nous avions donc affaire à une saillie en forme de polype du lieu d'insertion placentaire.

Nous eûmes l'idée d'examiner le groupe ganglionnaire de Frankenhaüser et nous trouvâmes dans les ganglions antérieurs de ce groupe, des deux côtés, un *ancien processus interstitiel avec dégénérescence graisseuse secondaire des cellules nerveuses.*

Dans le tissu de l'utérus lui-même (où Maslowsky avait trouvé de la métrite chronique), nous n'avons absolument rien découvert qui pût expliquer cette tumeur en forme de polype.

En présence de cette découverte si curieuse, nous nous sommes crus en droit de supposer que la partie de la paroi utérine qui avait perdu son pouvoir contractile et par ce fait même avait pris cette disposition en polype était la portion de l'utérus qui recevait ses rameaux nerveux des ganglions dégénérés.

CHAPITRE IV

Polypes formés aux dépens des membranes.

Nous avons déjà dit, dans notre chapitre sur les polypes fibrineux, que, si le dépôt de sang coagulé formant la masse principale de ces polypes s'accumulait souvent sur un débris de placenta, ce dépôt pouvait aussi s'accumuler sur des lambeaux de chorion ou de caduque restés dans l'utérus.

Et c'est de cette manière que, pour être tout à fait complet, nous pourrions faire parmi les polypes placentaires une classe à part des polypes formés aux dépens des membranes.

Mais au fond, ces polypes, dont la majeure partie est faite de caillots sanguins et dont le noyau seul est un reste de membrane, rentrent dans la catégorie des polypes fibrineux. Et il n'existe pas, que nous sachions, d'exemple de tumeurs dont le tissu serait presque entièrement fait d'un lambeau de membrane non putréfié, ayant au contraire conservé sa vitalité et ayant pris une forme de po-

lype comme nous l'avons vu pour les polypes placentaires proprement dits.

Il existe, il est vrai, des cas exceptionnels où des tumeurs muqueuses appelées *déciduomes* se forment aux dépens de lambeaux de caduque qui ont conservé une vitalité suffisante. Mais ces déciduomes diffèrent par bien des points des polypes placentaires et nous sortirions de notre cadre en entreprenant leur étude¹.

Bornons-nous donc à avancer ici que souvent des débris de membranes retenus dans l'utérus peuvent servir de point de départ, par l'accumulation sur eux de caillots sanguins, à la formation de polypes; et que ces polypes doivent être rangés parmi les polypes fibreux.

Ajoutons que, parmi les membranes, la caduque et le chorion presque exclusivement sont susceptibles de servir de noyaux à des polypes fibreux.

L'amnios n'est pour ainsi dire jamais retenu. Le professeur Lazarewich (cité par M^{me} A. Klasson) lui accorde une gravité spéciale dans la rétention des membranes, en ce sens qu'étant d'une nature plus difficile à résorber que les autres membranes, il provoquerait bien plus souvent des processus septiques.

Mais cela sort encore de notre sujet, et terminons ce chapitre en disant qu'il n'est pas à notre connaissance que la rétention de l'amnios ou de ses parties, ait jamais servi à la formation de productions polypeuses pouvant entretenir des hémorragies.

¹ M. le Dr Nové-Josserand, ancien interne des hôpitaux, doit si nous ne nous trompons pas, publier prochainement un intéressant mémoire sur les déciduomes.

CHAPITRE V

Polypes placentaires malins.

(Polypes perforants et polypes envahissants.)

Jusqu'ici, les divers polypes placentaires que nous avons étudiés se rapportaient tous à des tumeurs bénignes.

Or, il y a — ils sont très rares et à peine connus — des polypes placentaires malins (polypes placentaires perforants et polypes placentaires envahissants). On ne trouve, à notre connaissance, dans toute la littérature que trois observations se rapportant à ce genre de polypes : l'observation de Zahn, celle de Meyer et celle de von Kalden ; nous les publierons toutes les trois, car elles comprennent jusqu'aujourd'hui toute la question et se complètent l'une l'autre.

Nous disons qu'elles se complètent, parce que, dans les trois cas où il a été donné d'observer ces tumeurs malignes d'une espèce toute particulière, le processus a chaque fois présenté des différences intéressantes.

Dans l'observation de Zahn que nous publions la première et qui a été détaillée par son auteur avec grand soin, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomopathologique, nous avons surtout affaire à un polype placentaire perforant, tandis que, dans les deux autres observations, il sera plutôt question de polypes envahissants.

Zahn nous décrit une tumeur que l'examen microscopique lui montre identique à du tissu placentaire. Cette tumeur très vasculaire attachée par un pédicule à la paroi antérieure de l'utérus, dans la corne gauche de cet organe, était allée sans cesse en s'accroissant, avait atteint la paroi postérieure, avait commencé par la creuser, puis, son volume augmentant toujours, l'avait perforée. De sorte que lorsqu'à l'autopsie, on examina la surface externe de l'utérus, on y trouva une perforation au fond de laquelle on put voir une masse rougeâtre et bosselée, qui n'était autre que le sommet du polype.

Pour Zahn, la perforation des parois de l'utérus a, dans ce cas, été due à la simple pression. La perforation des parois de l'utérus par les tumeurs intra-utérines est très rare, dit cet auteur. Larcher¹ en donne quelques exemples. Il s'agit toujours de fibromes utérins sub-muqueux ayant occasionné d'abord un amincissement de la paroi, puis sa rupture.

Larcher, dans les cas qu'il publie de fibromes utérins perforants invoque aussi la pression, comme mécanisme de la perforation. Il dit que le rôle de cette pression, continue et toujours croissante, est surtout d'amincir, d'atrophier la paroi utérine ; puis quand cette paroi est suffi-

¹ Larcher, *Archiv. de médecine*, 1867.

samment mince, la contraction propre de l'utérus suffit à déterminer une rupture spontanée, à travers laquelle passe la tumeur. C'est vraisemblablement ce mécanisme qu'il faut invoquer en partie dans le cas du polype placentaire perforant de Zahn. Seulement dans les observations de Larcher, les bords de la perforation étaient gangrénés et déchiquetés. Différente est l'histoire de notre polype où les bords de l'orifice sont arrondis et de bon aspect. S'ils sont arrondis au lieu d'être déchiquetés, dit Zahn, c'est que la contraction propre de l'utérus, laquelle donne lieu à des déchirures plutôt qu'à des perforations, n'a probablement eu que peu à voir avec notre cas et que la pression seule a suffi à produire un amincissement progressif, puis, à un moment donné, la disparition complète de la paroi contre laquelle pressait le polype. Et si les bords de l'orifice ont bon aspect, au lieu d'être gangrénés comme dans les observations de Larcher, c'est, prétend Zahn, « parce que le polype était de consistance grasseuse » et que la pression qu'il exerçait sur la paroi pouvait bien déterminer de l'atrophie, mais non de la gangrène.

Après la perforation de la paroi utérine, la tumeur dut s'accroître plus vite encore qu'auparavant, jusqu'au jour de la mort de la malade, car la résistance qui s'opposait à son augmentation avait presque entièrement disparu.

Ce polype placentaire perforant donna lieu au point de vue clinique, comme nous le verrons dans l'observation, à des symptômes graves ayant fait diagnostiquer au début une occlusion intestinale et dus vraisemblablement à la péritonite aiguë développée consécutivement à la perforation utérine. Ces symptômes se terminèrent évidemment par la mort.

Dans les deux autres observations de polypes placentaires malins, ce n'est plus à des polypes perforants que nous avons affaire, mais à des polypes envahissants.

Le processus anatomo-pathologique de ces tumeurs se résume en ces mots : polypes placentaires avec villosités choriales, ayant continué à proliférer dans les vaisseaux utérins et s'étant insinuées entre les fibres musculaires de la paroi utérine, ayant envahi par conséquent le parenchyme utérin.

Zahn, dans l'examen de sa tumeur, avait vu aussi et pu décrire des villosités choriales. « Ces villosités persisterent, dit-il, retenues qu'elles étaient dans les sinus veineux baignées par un sang liquide se renouvelant constamment. Comme l'examen microscopique ne révéla en elles aucun élément caractéristique du sang, il est à penser qu'il n'y eut pas de circulation dans leur tissu. Leur nutrition se fit par voie d'osmose. Elle se fit certainement en quantité suffisante pour prévenir toute modification regressive, mais voilà tout. Car aucune préparation de la tumeur ne prouve qu'il y ait eu développement ultérieur de ces villosités ; elles restèrent simplement intactes, tandis que le tissu du placenta utérin se modifia seul pour former la tumeur à évolution croissante que nous avons décrite.

Dans le cas de von Kalden, les choses ne se passent pas ainsi. Le polype placentaire qui fait l'objet de cette observation est constitué dans sa portion principale faisant saillie dans la cavité utérine par de la fibrine mêlée à des hémorragies récentes ; et ce n'est pas cette portion de la masse de la tumeur qui aura, comme dans le cas précédent, des tendances à s'accroître et à venir perforer par pression la paroi opposée.

C'est dans la partie du polype adhérente à l'utérus que se montre une formation papillaire intéressante, dont nous verrons tout à l'heure les détails dans l'observation. Ces détails nous montreront qu'il s'agit là sans nul doute de villosités choriales ayant bourgeonné suivant une voie anormale dans l'intérieur des vaisseaux utérins et ayant envahi le tissu de la matrice.

Ce bourgeonnement des villosités choriales avait pris un caractère malin et détruisant.

Le cas de Meyer se rapproche beaucoup de celui de von Kalden. Il en diffère cependant par deux points qu'il faut noter. Le premier, c'est que le polype placentaire (qui du reste en tant que polype faisant saillie dans l'utérus n'a pas des caractères aussi nets que les autres, ce qui rend cette observation moins concluante) semblait dater d'une grossesse molaire survenue pendant l'année qui précéda la mort de la malade ; les villosités choriales bourgeonnantes présentaient une certaine analogie avec une môle hydatique en ce sens que l'épithélium de ces villosités montrait un commencement de dégénération. Cette observation, pour von Kalden, établirait une transition entre son observation à lui et un cas de môle hydatique.

Le second point qui différencie le cas de Meyer de celui de von Kalden, c'est que dans l'observation de Meyer, comme nous allons le voir tout à l'heure, on n'a pas affaire seulement à une excroissance simple de villosités choriales. Mais il est en outre survenu, dans le tissu où la tumeur a pris origine, un changement qui est caractérisé surtout par un développement exagéré de tissu épithélial et, pour Meyer, ce développement de tissu épithélial lui donne plus que le reste son caractère de malignité. Aussi

l'auteur de l'observation n'appelle-t-il pas cette tumeur, comme le fait von Kalden qui connaît le cas de Meyer, polype placentaire avec villosités choriales envahissantes. « Il en fait un épithéliome papillaire du corps de l'utérus. »

Pour nous, après la lecture du travail de Meyer, nous avons pensé avec von Kalden qu'on pouvait parfaitement en somme, en faisant quelques réserves, comprendre ce polype parmi les polypes placentaires envahissants.

Tels sont les trois cas dont nous allons maintenant, après les avoir commentés, donner les observations et qui nous ont permis, à la fin de ce court travail d'ensemble sur les polypes placentaires, d'ajouter aux quatre classes que nous avons décrites une cinquième classe : celle des polypes placentaires malins qui se divisent eux-mêmes en polypes perforants (observation de Zahn) et en polypes envahissants (observation de von Kalden et de Meyer).

Ces polyes, s'ils sont les moins connus, parmi les tumeurs placentaires, sont à coup sûr les plus intéressants tant au point de vue clinique, comme va le montrer l'exposé des observations, qu'au point de vue anatomo-pathologique et il serait à désirer que de nouvelles recherches plus complètes et faites par quelqu'un de plus compétent que nous fussent entreprises dans le but d'éclaircir et d'agrandir leur histoire à peine esquissée ici.

OBSERVATION DE ZAHN

La femme E..., âgée de quarante-trois ans, est veuve et mère de cinq enfants dont le plus jeune a treize ans. Cette femme a

toujours joui d'une bonne santé. Ses règles n'ont jamais cessé d'être régulières, mais sont chaque fois douloureuses. Grossesses et couches absolument normales.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, la malade attendait ses règles. Elle fut prise d'un refroidissement subit et ne les eut pas. A partir de ce moment elle se sentit mal à l'aise, dut garder le lit à partir du 2 décembre 1881, souffrant de la tête et du ventre.

Comme elle n'avait pas été à la selle depuis huit jours, le Dr Pasteur appelé chez elle le 8 décembre, lui ordonna 2 cuillerées d'huile de ricin ; il en résulta une défécation dure et douloureuse. Le lendemain, vers midi, nouvelle garde-robe, mais s'accompagnant cette fois de nausées et de vomissements. Dans la nuit du 9 au 10, et pendant la matinée suivante, elle vomit en grande abondance des matières verdâtres, d'odeur fécaloïde.

Le 10 décembre, à *midi*, la malade entra à la Clinique chirurgicale. Sa mine était mauvaise, sa voix éteinte. Elle vomissait des matières vertes, sans odeur. Température 36°,4. 104 pulsations faibles. Ventre très ballonné, douloureux au toucher. La minceur des parois de l'abdomen permet de reconnaître les différentes anses intestinales.

Traitement. — A l'extérieur, des cataplasmes ; à l'intérieur, de la glace.

4 heures de l'après-midi. — État général un peu meilleur. Ventre moins douloureux ; vomissements plus rares. Le toucher vaginal révèle une augmentation de volume de l'utérus qui est déplacé en arrière. Même résultat au toucher rectal.

On administre un clystère à la malade. Un peu plus tard, nouveau clystère. Dix minutes après le lavement était rendu régulièrement, mais sans addition de matières fécales. Pendant la nuit, pas de vomissements ; éructations fréquentes.

Le lendemain, 11 décembre, même état. 108 pulsations. Température : 36°,4. La malade peut prendre un peu de lait sans le rendre. Vers le soir, elle devient très agitée et son agitation ne fait qu'augmenter jusqu'à minuit. On lui fait alors, pour la calmer, une injection de morphine.

12 décembre. — Température : 36°, 3. Ventre encore plus ballonné que les jours précédents, douloureux dans le tiers inférieur. Les lavements ne donnent pas de résultat. Comme on croyait avoir affaire à une occlusion intestinale dont les symptômes devenaient de plus en plus menaçants, on se décida, l'après-midi à 2 heures, à tenter la laparatomie.

Injection de morphine et éthérisation. Incision sur la ligne médiane depuis le nombril jusqu'au pubis.

Les anses intestinales sont fortement hyperémiées et remplies de gaz. On incise une anse de l'intestin grêle parallèlement à l'axe de cet intestin dans une longueur de 2 à 3 centimètres. Il en sort beaucoup de gaz avec un peu de matières fécales liquides et jaunâtres. Nouvelle incision de deux autres anses ; même résultat.

Les intestins s'étant affaissés, à la suite de ces incisions, on avait gagné de la place et l'on put visiter les organes du bassin. En déplaçant d'abord les anses intestinales qui se trouvaient dans le bassin on dut évacuer une grande quantité d'un liquide sanguinolent, brun noirâtre, à odeur fétide.

On put s'assurer que nulle part il n'existait de lésion intestinale.

On examina alors les organes génitaux internes et on réséqua la partie externe de l'oviducte droit qui ne semblait pas tout à fait normale.

Le péritoine du petit bassin était épaissi, couvert de membranes fibreuses, sanguinolentes.

Les anses intestinales furent remises en place et la plaie suturée avec huit points de suture au catgut. Pansement antiseptique.

L'éthérisation n'avait pas été sans difficulté; au début, la malade eut des vomissements. Ensuite, elle manqua asphyxier; on dut faire la respiration artificielle et jusqu'à la fin de l'opération, du reste, elle respira mal.

Ramenée dans son lit, elle s'endormit. Mais le pouls était extrêmement faible et, à 5 heures du soir (une heure et quart après l'opération), elle succombait.

Autopsie. — 14 décembre à 8 heures du matin. — Grand cadavre, bien constitué. Téguments peu colorés. De la bouche

s'écoule un liquide jaunâtre, mousseux. Ectasie veineuse aux deux extrémités inférieures. Pas d'œdème. Forte rigidité cadavérique.

La cavité pleurale, le péricarde, le cœur, les voies respiratoires supérieures, la rate, les reins, le foie, l'estomac sont normaux.

Aux bases des poumons, en arrière, forte hyperémie et fort œdème. Péritoine très hyperémié; par places on y trouve des ecchymoses fraîches recouvertes d'une mince couche de fibrine. Les anses intestinales sont soudées entre elles et avec les parois. Le grand épiploon a une couleur verdâtre.

Sur le côlon transverse, juste en avant de l'insertion du péritoine, on trouve une des incisions indiquées dans la description de l'opération. Cette incision est fermée par deux points de suture au catgut; mais elle n'est pas fermée parfaitement, car, à la pression, on peut faire sortir du gaz entre les lèvres de la plaie. On peut également introduire par là une sonde dans la lumière de l'intestin. Plus loin, on trouve sur une anse de l'intestin grêle, une autre incision longue de 45 millimètres, fermée par deux points de suture. Si l'on presse entre les deux points de suture, il sort également de l'intestin un peu de matières fécales. On trouve encore une troisième incision longue de 40 millimètres, fermée par trois points de suture. Pas de réunion aucune de ces plaies. Dans la cavité abdominale, un peu de liquide brunâtre, à odeur fécaloïde.

Dans l'espace de Douglas on trouve quelques caillots sanguins et des fausses membranes verdâtres, sales, fibrineuses. Ces fausses membranes sont surtout développées sur les ligaments larges, les ovaires et les trompes. Le tiers externe de la trompe droite manque.

L'utérus n'est recouvert qu'en arrière par les fausses membranes. Sur toutes ses autres faces il en est complètement libre.

Il est augmenté de volume dans sa totalité; l'augmentation porte surtout sur le corps.

Les ovaires, les trompes, lorsqu'on a enlevé la couche de fibrine qui les recouvre, apparaissent gonflés et rouges. Dans l'excavation vésico-utérine la séreuse est peu hyperémiée, presque normale.

Si l'on examine l'extérieur de l'utérus, on remarque qu'en

arrière, un peu à gauche de la ligne médiane et à un demi-centimètre environ au-dessous du fond de la cavité, se trouve dans la paroi utérine un orifice ovale à direction oblique dont le diamètre sagittal est de 12 millimètres et le diamètre oblique de 18 millimètres.

Les bords de cet orifice sont arrondis, lisses, et il semble que la séreuse se continue directement dans le canal qui fait suite et en tapisse les parois.

Si l'on regarde par l'orifice dans l'intérieur de ce canal on y voit une masse rouge analogue à un caillot, mais de consistance plus dure. La surface de cette masse est bosselée et quelques-unes des bosselures ont une couleur blanchâtre. Entre la masse et le tissu utérin qui forme les parois du canal, on peut enfoncer une sonde boutonnée profondément, probablement jusque dans la cavité de l'utérus.

Les organes génitaux externes ne présentent rien de particulier. Le vagin est long de 110 millimètres, la surface de sa muqueuse est unie ; la couche épithéliale est partout intacte. Le col de l'utérus pénètre assez loin dans le vagin ; ses lèvres sont épaisses. On n'y remarque pas de lésions ; l'épithélium est bien conservé. De l'orifice du col sort un bouchon muqueux rougeâtre.

Après avoir séparé partiellement l'utérus d'avec la vessie qui est normale, selon la méthode ordinaire, on l'ouvre d'un coup de ciseaux donné sur la ligne médiane antérieure ; puis on continue la section en haut, des deux côtés, vers les trompes. On peut alors procéder à l'examen de la cavité utérine.

Cette cavité a une longueur totale de 80 millimètres dont 30 appartiennent au col. Le col est passablement large ; à sa partie supérieure la muqueuse est recouverte d'un mucus incolore. En dessous de l'orifice interne qui est assez large on trouve à droite une légère hyperémie de la muqueuse et deux petites ecchymoses fraîches de la grosseur d'une tête d'épingle. Plus en bas, d'assez nombreux bouchons muqueux pleins. Pas d'autres lésions.

La cavité de l'utérus a exactement au dessus de l'orifice interne du col une circonférence de 21 millimètres. Sa largeur en haut, d'un orifice d'une trompe à l'autre, est de 41 millimètres. Dans

une étendue d'environ 10 millimètres au-dessus de l'orifice interne du col la muqueuse est pâle et très épaisse. A partir de là elle devient très rouge, toujours fortement épaissie, et dans la corne gauche de la cavité utérine on trouve une tumeur molle très vasculaire, fixée par un pédicule sur la paroi antérieure et s'étendant jusque dans un renflement qui se trouve sur la paroi postérieure.

En séparant du reste de l'utérus le lambeau de la paroi antérieure gauche sur lequel cette tumeur est fixée, on la dégage du renflement de la paroi postérieure et alors vous apparaît sur cette dernière paroi l'orifice d'un canal traversant complètement la paroi utérine. C'est l'orifice externe de ce canal qui nous apparaissait tout à l'heure à l'examen extérieur de l'utérus, avec dedans le conduit, la tumeur qu'on vient d'en dégager en enlevant le morceau de paroi auquel elle était appendue.

L'orifice interne de ce canal creusé dans l'utérus se trouve exactement dans l'angle que la paroi postérieure forme avec le fond de la matrice, de sorte que la plus grande partie des parois de cet orifice est formée par la paroi postérieure et la plus petite par le fond de la cavité utérine qui, dans toute la région voisine de la tumeur, est fortement aminci. En effet, en cet endroit, c'est-à-dire dans sa partie gauche, le fond ne mesure que 7 millimètres, tandis qu'un centimètre plus loin, à droite, il est épais de 17 millimètres. De même, la paroi postérieure, dans tout le voisinage du lieu où la tumeur vient en contact avec elle et la perfore, est beaucoup plus mince qu'ailleurs.

La tumeur mesure de sa base à sa pointe 25 millimètres. Son sommet est couvert de caillots frais offrant un aspect un peu déchiqueté.

Zahn, après cet examen macroscopique très complet, enleva de l'extrémité supérieure de la tumeur une saillie en forme de verrue ; puis il enleva aussi un fragment de la base. Il dissocia ces débris dans l'eau salée et en fit un examen histologique des plus détaillés. Nous ne saurions le suivre dans cette description microscopique qui se con-

tinue pendant des pages entières. Qu'il nous suffise de dire qu'il conclut ainsi l'exposé de ses recherches histologiques :

« Il ne peut donc y avoir aucun doute que nous ayons eu affaire réellement là à un polype placentaire. Il suffit de comparer la description si détaillée que nous venons de donner avec celle que Köllicher a faite du placenta pour être frappé aussitôt de l'étonnante ressemblance qui existe entre la structure de ce polype et celle du placenta.

D'après nous, le tissu propre de la tumeur répond au placenta utérin ; et c'est ce tissu qui est allé sans cesse en s'accroissant jusqu'à perforation de la matrice. Les formations analogues à des villosités que le microscope nous a révélés dans les espaces sanguins, et qui étaient là intactes et stationnaires sans montrer ni de signes de dégénérescence, ni de tendances au bourgeonnement, répondaient certainement à de véritables villosités choriales.

OBSERVATION DE VON KALDEN

La femme Z., âgée de trente ans, a eu trois enfants. Ses deux premiers accouchements se sont passés normalement.

Trois semaines après son dernier accouchement elle a été prise d'une violente hémorragie. Cette hémorragie s'est renouvelée huit jours plus tard ; on s'en est rendu maître ; elle a de nouveau reparu au bout d'une semaine et, cette fois, on ne put l'arrêter malgré un tamponnement très sévère fait par le médecin traitant.

Cinq semaines après la délivrance, de la fièvre et des frissons survinrent, et la malade entra à la clinique.

On lui fit un lavage du vagin, on enleva le tamponnement et la température retomba bientôt à la normale.

Mais quatre semaines plus tard se produisit un nouveau frisson, puis une nouvelle hémorragie qui dura plusieurs jours.

On put extraire de l'utérus des caillots et des fragments de tissu utérin et la fièvre disparut de nouveau.

Quatorze jours après, la température remontait, sans frissons; la malade était prise de toux et de dyspnée et la percussion du poulmon révélait de la matité dans le lobe droit.

Le lendemain matin la malade avait encore 39°,6, et dans la journée elle mourait.

L'autopsie eut lieu le 28 juillet 1889 et révéla, comme cause de la mort, une myocardite septique avec un œdème compact des deux poulmons.

Du compte rendu de l'autopsie nous extrayons ce qui suit et qui est relatif à l'utérus.

La matrice, doublée de volume, présente dans le fond, sur sa paroi postérieure, au milieu d'une invagination de la surface d'une main d'enfant, une production polypeuse blanchâtre en forme de tête de chou-fleur.

La longueur de l'utérus est de 6^{cm},1, dont 2^{cm},1 pour le canal cervical. La plus grande largeur de la cavité utérine mesure 3^{cm},8; sa paroi présente une épaisseur moyenne de 1^{cm},1.

La production polypeuse s'insère par une large base sur la paroi postérieure et fait saillie dans l'intérieur de l'utérus. Sa hauteur est de 4 centimètres et sa largeur de 27 millimètres.

En vue de l'examen microscopique la tumeur fut divisée en coupes, aussitôt après l'autopsie, afin qu'elle n'eût pas le temps de se dégagérer. Les préparations furent durcies dans le liquide de Müller, redurcies dans l'alcool et montées dans la celloïdine. Ces préparations furent exécutées de telle sorte qu'on pouvait étudier sur chacune, à la fois la masse de la tumeur et le tissu de la paroi utérine.

L'examen histologique montre que le polype était constitué en substance, dans sa masse faisant saillie dans la cavité utérine par de la fibrine mêlée à des hémorragies récentes.

Cette fibrine se disposait en grosses trabécules d'où partaient des fibrilles plus fines formant un délicat réseau dans l'intérieur

des trabécules. Les mailles du réseau enserraient la plupart du temps des amas de globules rouges auxquels, de ci de là étaient mêlées des cellules rondes avec un noyau se colorant en bleu. Ces cellules étaient tout à fait semblables à des globules blancs.

Dans la portion de la tumeur qui était en contact avec la paroi utérine, c'est-à-dire à la base de la tumeur, on pouvait se rendre compte du bizarre état de choses suivant :

On voyait des nids de cellules, étonnantes par leur volume considérable. Ces cellules étaient pourvues d'un noyau qui se colorait en bleu d'une façon intense. Elles offraient des rapports très particuliers avec le tissu ambiant, s'élevant en cônes dans l'intérieur du parenchyme utérin où elles se creusaient des sortes de loges. Ces loges étaient au nombre d'une douzaine et leurs dimensions variaient avec le volume des nids de cellules qui s'enfonçaient dans leur cavité.

Si l'on examinait avec détails un de ces nids en forme de prolongement, on constatait qu'il n'était pas exclusivement constitué par les grosses cellules épithéliales, mais que ces cellules étaient doublées d'un stroma composé de couches multiples de cellules épithéliales plus petites et s'imbriquant comme les tuiles d'un toit.

Cette disposition rappelait celle de l'épithélium de revêtement du corps papillaire de la peau, avec cette différence qu'il s'agissait ici de productions villeuses de nature beaucoup plus fragile et délicate.

En outre, en maintes places, on voyait monter dans l'intérieur de ce tissu, un canal étroit rempli de globules rouges; et il était facile de constater que ces formations villeuses étaient comme engainées dans des vaisseaux qui laissaient aisément reconnaître la structure des veines de l'utérus.

OBSERVATION DE MEYER

Toute la première partie de cette observation est consacrée à la grossesse molaire de la malade. Nous avons

parlé de cette grossesse molaire dans notre chapitre et nous avons dit que Meyer lui attribuait le point de départ de la maladie qui va nous occuper et dont la description commence ici :

Après l'évidement de la môle, je perdis la malade de vue pendant sept mois. Au bout de ce temps eut lieu un jour une métrorragie qu'une sage-femme puis un médecin combattirent d'abord en vain par le tamponnement. Je fus appelé et on m'apprit que depuis la grossesse molaire, des métrorragies violentes, d'une durée de huit ou dix jours étaient survenues régulièrement toutes les quatre semaines. La malade avait pris ces hémorragies pour sa menstruation.

Dans leur intervalle s'était sans cesse écoulé un liquide aqueux, parfois sanguinolent. Et avec tous ces accidents les forces de la malade déclinaient chaque jour.

Quand je la vis elle me sembla terriblement anémique, comme atteinte d'une anémie pernicieuse au dernier degré.

Pouls = 120; céphalalgie violente, douleurs lombaires, palpitations.

Pas d'albumine dans les urines.

A la palpation on sent le fond de la matrice à trois travers de doigt au-dessus du vagin. L'orifice du col laisse facilement passer un doigt et en arrivant dans la cavité, on se heurte à une masse molle, spongieuse, se laissant aisément attirer au dehors. Cette masse avait les dimensions d'un œuf d'oie et pouvait au premier abord être prise pour un œuf entouré de caillots sanguins; mais un examen plus complet vous montrait qu'elle n'était composée que de sang.

A la suite de l'ablation de cette masse et bien que de nombreux petits lambeaux de la paroi utérine y fussent adhérents, l'hémorragie s'arrêta.

A partir de cette époque la malade ne put plus se lever; l'appétit avait disparu, la température se maintenait entre 38 degrés et 38°,5; survint de l'œdème des membres inférieurs; le pouls était fréquent et petit.

Puis, le 23 novembre et le 8 décembre, de nouvelles hémorragies très violentes se montrèrent.

L'examen de l'utérus pratiqué à cette époque faisait constater que cet organe avait conservé son volume et sa position normale. Il était devenu très douloureux à la pression. Son orifice restait toujours facilement accessible au doigt et la surface interne explorée présentait par endroits des saillies molles et de ci de là des lambeaux très adhérents.

Ni avec le doigt, ni avec la curette tranchante, il ne me fut possible d'extraire un morceau de tissu pouvant servir à un examen. Entre les hémorragies apparaissait toujours un écoulement abondant, rougeâtre et séreux, à odeur ichoreuse.

La source des hémorragies et de cet écoulement ne pouvait être que la surface interne de la matrice.

Mais, en définitive, quelle était la cause de tous ces symptômes ? Ce n'était pas facile à dire. En faveur d'un néoplasme, auquel le dernier examen de la cavité pouvait faire penser, il n'y avait aucun signe bien net. La surface interne de l'utérus ressemblait à celle d'une accouchée avec quelques lambeaux isolés et adhérents de la couche déciduale.

Une endométrite fétide ou bien de l'atonie utérine simple ne pouvaient guère être invoquées. Il ne restait qu'un processus destructif, *d'une nature tout à fait particulière*, siégeant dans l'intérieur de la cavité utérine.

En se rappelant la môle trouvée il y a six mois dans l'utérus, l'idée vous venait d'une excroissance des villosités choriales dans les parois de l'organe. L'examen, il est vrai, ne confirmait en rien ce diagnostic ; on ne sentait pas ces excroissances en forme de tumeur décrites dans la littérature.

Mais c'était encore le diagnostic le plus plausible et je le maintins jusqu'à la mort de la femme, qui, du reste, ne se fit pas attendre.

A la fin de décembre, elle fut prise chaque jour de frissons très violents ; une diarrhée opiniâtre était venue s'ajouter aux autres symptômes qui, du reste, allaient tous en s'aggravant, et le 17 janvier, neuf mois après l'évidement de la môle, elle succombait.

A l'ouverture de la cavité abdominale, que l'on fit six heures après la mort, on trouva un thrombus dans le plexus pampiniforme gauche. Le foie, très hypertrophié, touchait presque par son bord inférieur à la crête iliaque. La rate était grosse et ramollie. Les intestins étaient vides et de coloration normale.

L'utérus s'étendait à trois travers de doigt au-dessus de l'orifice vaginal. Son aspect était celui d'une matrice puerpérale. Sa surface péritonéale était pâle; pas de traces de périmétrite. Ses parois mesuraient 12 millimètres d'épaisseur; la musculaire offrait une coloration rougeâtre.

La surface interne de la cavité utérine était recouverte d'une couche épaisse, verdâtre, puante, déchiquetée par places et assez adhérente en d'autres endroits pour qu'on ne pût la détacher.

Au-dessous de cette couche, on trouvait la paroi utérine irrégulière et mamelonnée. On eût dit qu'elle était cousue par endroits. Sa surface était recouverte de villosités. Immédiatement au-dessous, on trouvait à la coupe dans le tissu utérin des petites masses rondes de la grosseur d'un grain de sable à celle d'une lentille. Ces petites masses faisaient saillie dans les tissus environnants et semblaient être des cavités à parois lisses. Elles ne s'enfonçaient nulle part dans la musculaire; on ne les rencontrait que dans la couche faisant suite à la surface interne de la cavité utérine. L'épaisseur de la musculaire semblait diminuée en certains points, où elle n'avait, en effet, que 8 millimètres.

Les ovaires, les trompes, les ligaments larges étaient parcourus par de grosses veines; leur aspect, du reste, semblait normal.

En somme, mes recherches anatomiques ne confirmaient pas mon diagnostic.

Sur des coupes fraîches de la paroi utérine, faites au microtome, et perpendiculaires à la surface de cette paroi, coupes qui furent durcies dans l'alcool, montées sur paraffine et colorées à l'hémalum, on pouvait voir ce qui suit :

Des trainées cellulaires plus ou moins considérables, parties de la surface interne de l'utérus, s'enfonçaient dans la musculaire. Ces trainées formaient des cordons cylindriques ne laissant entre eux que de petits espaces, presque adhérents les uns aux autres.

Sur quelques-uns d'entre eux on trouvait des étranglements. Leur direction était longitudinale et perpendiculaire à la surface utérine. Quelques-uns, de longueur considérable, se divisaient plusieurs fois, présentaient des ramifications.

La plupart de ces cordons étaient recouverts d'un épithélium. Or, les cellules de cet épithélium se trouvaient à un degré avancé de dégénérescence hyaline, leurs noyaux conservant cependant un contour net et normal et se colorant fortement.

À l'intérieur de ces cordons, on pouvait encore voir par places, au-dessous des cellules épithéliales, des cellules fusiformes du tissu conjonctif et des corpuscules de pus.

La quantité de tissu conjonctif variait suivant les différents cordons ; en général il n'abondait pas, mais il formait néanmoins la plus grande masse d'un petit nombre de cordons.

Le microscope permettait de voir très bien ces cordons s'introduire et se prolonger dans la couche musculaire. Le néoplasme s'avavançait peu à peu entre les fibres dont il forçait les interstices.

Nous avons dit qu'un grand nombre de cellules épithéliales des cordons étaient atteintes de dégénérescence hyaline ; en certains endroits les fibres musculaires voisines prenaient part à cette dégénérescence.

La surface tournée du côté de la cavité utérine était recouverte d'une membrane fibrineuse à l'état de destruction purulente. Cette suppuration se prolongeait dans l'intérieur du parenchyme utérin, de sorte que dans la néo-formation comme dans la musculaire on trouvait de nombreux globules de pus parfois réunis en groupes compacts.

Demandons-nous maintenant quelle était la nature de cette maladie et quel nom nous pouvons lui donner ?

On ne peut nier qu'il ne s'agisse de villosités choriales transformées en ces cordons que nous venons de décrire et l'on a quelque raisons d'attribuer à la grossesse molaire le point de départ de ce néoplasme.

La structure intime des cordons ne permet pas d'y voir une autre origine.

L'absence de vaisseaux sanguins, l'absence même de leur trace

dans la masse du tissu conjonctif n'est pas faite pour nous étonner, étant donné l'état de dégénérescence avancée. Les vaisseaux manquent le plus souvent en effet dans les villosités qui ont subi la dégénérescence myxomateuse.

Cependant nous n'avons point affaire ici à une excroissance simple des villosités chorales restées dans l'utérus à la suite de la dernière grossesse. Il est survenu dans le tissu où la tumeur a pris naissance, un changement caractérisé avant tout par un développement exagéré de tissu épithélial. Et c'est ce qui donne à cette tumeur son caractère de malignité.

Aussi nous paraît-il juste de donner à cette excroissance le nom d'*épithélioma papillaire*.

CONCLUSIONS

I. Les polypes placentaires, auxquels la plupart des auteurs classiques ne consacrent guère qu'une définition incomplète formant, à notre avis, plusieurs types bien distincts qui sont :

- a)* Les polypes placentaires proprement dits ;
- b)* Les polypes fibrineux ;
- c)* Les polypes par atonie utérine partielle ;
- d)* Les polypes placentaires malins.

II. On pourrait encore admettre une cinquième classe de polypes placentaires : les polypes formés aux dépens des membranes.

Mais ces polypes, faits de débris de chorion ou de caduque sur lesquels s'est accumulée de la fibrine, se confondent dans tous les cas cités, avec les polypes fibrineux.

Dans certaines observations, il est cependant question

de lambeaux de caduque, ayant conservé une vitalité suffisante pour donner naissance d'eux-mêmes à des tumeurs muqueuses spéciales.

Ces tumeurs appelées « déciduomes » ne sont pas des polypes et par conséquent ne rentrent pas dans notre sujet.

III. Les trois premières variétés de polypes placentaires offrent entre elles de grandes ressemblances au point de vue de la symptomatologie et diffèrent surtout au point de vue anatomo-pathologique.

IV. Les polypes placentaires malins (quatrième variété), sont très peu connus. Les trois seules observations qui s'y rapportent dans toute la littérature permettent de les diviser en polypes perforants et en polypes envahissants.

Ces tumeurs, comme l'indique leur nom, donnent lieu cliniquement à un ensemble de symptômes très graves s'étant toujours terminés jusqu'ici par la mort.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Bachelder. — *Boston Gyn. J.*, t. I.
Baer. — *Am. J. N. Y.*, 1885, XVIII, 192-194.
Chiari, Braun et Spoeth. — *Klin. der. Geb.*
Duguet. — *Bulletin de la Soc. anat.*, 1886, p. 299.
Engel. — *Med. Jahrb. der K. österreich. Staaten*; neue Folge, t. XXII.
Frankel. — *Arch. für Gyn.*, 1871, t. II, p. 76.
Hayes. — (T. E.), Placental polypus (*Tr. Obs. Soc. London*), 1875, 1876, XVII, 177.
Harley. — *Philadelphia med. and. surg reports*, 1869.
Hegar. — *Placental Retention*, Berlin, 1861.
Iago. — *Med. times*, 1868.
Jacquet. — *Beiträge Z. Geb. und Gyn.*, t. I, 1869, p. 21.
Jastrebow. — *Centralblatt für Gynec.*, 1882, t. VI, p. 45-47.
Von Kalden. — *Centralblatt für anat. Pathol.*
Klasson. — Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus (*Annales gynécologiques*), Paris, 1889, t. XXXI.
Kiwisch. — *Klinik. Vorträge*, 1854.
Kob. — *Pathol., Anatom. d. weibl. Sexual-Organ.*
Kulp. — *Beitr. Z. Geb. und Gyn.*, t. I, 1869, p. 18.
Landis. — *Progrès médical*, 20 octobre 1883.
Larcher. — *Archives générales de médecine*, 1867, vol. II, p. 545.
Lowe. — *London obst. transac.*, t. XII, 1871, p. 338.
Meyer. — *Archiv. für Gyn.*, Bd. 33.
Maslowsky. — *Annales de gynécologie*, 1880, t. XIV, p. 245.
Rokitansky. — *Verhandl. der. Zeitschr. der Gesellsch. der Ärzte zu Wien*, 1866.

- Saladin. — Thèse de Nancy, 1889, n° 291.
Scanzoni. — *Verhandl. der Phys. med. Geseleschaft*, Vurtzbourg, 1852.
Schröder. — *Lehrb. der Geb.*, 1884, et Scanzoni's Beiträge, 1873.
Spiegelberg. — *Lehrb. der Geb.*, 1878.
Stadtfeld. — *Schimti's Jahrb.*, t. CXVIII.
Virchow. — *Die Krank. geschnelste*, t. I.
Walker. — *London obst. transac.*, t. XII, 1871, p. 338.
Warner. — *Boston gynécol. J.*, t. I.
Winkel. — *Pathologie und Therapie der Wochenb.*, 1869.
Zahn. — *Virchow's Archiv*, Bd. 96.
-

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Polypes placentaires proprement dits	9
CHAPITRE II. — Polypes fibrineux	23
CHAPITRE III. — Polypes dus à une atonie utérine partielle	29
CHAPITRE IV. — Polypes formés aux dépens des membranes	34
CHAPITRE V. — Polypes placentaires malins (polypes perforants et polypes envahissants)	36
CONCLUSIONS	55

